

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1900 à 1 heure

PAR

H. CASTELLON

DE L'EMBRYOTOMIE SUR L'ENFANT VIVANT

Dans ses rapports avec quelques opérations conservatrices
(ÉTUDE CRITIQUE)

« L'embryotomie sur l'enfant
vivant a-t-elle ? »

PINARD

Président M. PINARD, Professeur.

Juges MM. { TERRIER, Professeur.
 { DELBET, Agrégé.
 { LEPAGE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

104

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 décembre 1900 à 1 heure

PAR

H. CASTELLON

DE L'EMBRYOTOMIE SUR L'ENFANT VIVANT

Dans ses rapports avec quelques opérations conservatrices

(ÉTUDE CRITIQUE)

*« L'embryotomie sur l'enfant
vivant a-t-elle ? »*

PINARD

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { TERRIER, Professeur.
 { DELBET, Agrégé.
 { LEPAGE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1900



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen
 Professeur-honoraire
 Professeurs

M. BROUARDEL
 M. POTAIN.
 MM.

Anatomie
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales

FARABEUF.
 CH. RICHET
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.

Pathologie médicale.....

N.....
 LANNELONGUE
 CORNIL.

Pathologie chirurgicale.....

Anatomie pathologique.....

Histologie.....

MATHIAS DUVAL.

Opérations et appareils.....

BERGER.

Pharmacologie et matière médicale.....

POUCHET.

Thérapeutique.....

LANDOUZY.

Hygiène.....

PROUST.

Médecine légale.....

BROUARDEL.

Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

BRISSAUD.

Pathologie comparée et expérimentale.....

CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

DEBOVE.
 JACCOUD
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies syphilitiques.....

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....

Clinique des maladies nerveuses.....

JOFFROY.
 RAYMOND

Clinique chirurgicale.....

TERRIER.
 DUPLAY.
 LE DENTU
 TILLAUX.

Clinique ophtalmologique.....

PANAS.

Clinique des voies urinaires.....

GUYON.

Clinique d'accouchement.....

PINARD.

BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRÉ.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

• Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Dans le dernier Congrès international d'obstétrique et de gynécologie tenu à Amsterdam au mois d'août 1899, on a agité de nouveau une question qui semblait déjà tranchée, à savoir : celle de *l'embryotomie sur l'enfant vivant*.

Des hommes éminents, tels les professeurs Léopold de Dresde, Pestalozza de Florence, et Charles de Liège sont venus défendre la vieille pratique obstétricale qui consiste à sacrifier l'enfant toutes les fois que dans une certaine limite, l'accouchement devient impossible par les voies naturelles.

Le professeur Pinard s'est élevé contre cette façon d'agir et dans un rapport lumineux a combattu les conclusions des autres rapporteurs. Cette controverse était d'autant plus naturelle que le chef incontesté de la brillante école de Baudelocque avait, depuis plusieurs années, fait graver dans les murs de sa clinique : « L'embryotomie sur l'enfant vivant à vécu ? »

Nous songions, depuis lors, à prendre ce sujet pour notre thèse inaugurale, quand le 6 novembre 1899 nous assistâmes à la magistrale leçon d'ouverture du

professeur Pinard. Ce fut pour nous un éclair, et notre esprit s'éclaira d'une vive lumière.

Déjà en 1892 M. Pinard s'était demandé « quels sont et quels seront les rapports de la symphyséotomie avec les autres opérations obstétricales ? »

Elle en aura des bons avec les unes, de fort mauvais avec les autres. Parmi ces dernières, je cite tout d'abord *l'embryotomie pratiquée sur le fœtus vivant. Celle-là a vécu*. Nous sommes à jamais débarrassés de ce cauchemar ! »

C'est donc en nous inspirant de l'enseignement de notre maître M. Pinard que nous avons entrepris ce petit travail.

On sait avec quelle persistance opiniâtre a été combattu dans la pratique, cet aphorisme posé à Baudelocque. Ce n'est pas seulement en France, mais surtout à l'étranger, qu'on a fait une résistance acharnée aux nouvelles assises de l'obstétrique. Des arguments de tout ordre ont été mis en avant, mais, malgré tout, ils ont reconnu que la maxime de Pinard remplissait un but idéal « qu'il aurait été désirable d'atteindre ».

Nous ne nous étonnerons pas tout à l'heure de voir que des hommes d'un esprit scientifique si élevé et si sûr, soient au-dessous des idées courantes au point de vue philosophique et moral, si on se rappelle que le plus grand savant de ce siècle fit sourire ses collègues de l'Académie française, le jour de sa réception, et que l'homme de génie chargé de cette cérémonie dut employer toute son habileté pour ne pas froisser les idées arriérées du savant.

Nous nous proposons de démontrer dans la suite

que, dans l'actualité « chez une femme en travail ne pouvant accoucher spontanément, par suite de rétrécissement du bassin, l'enfant étant à terme et vivant », on peut par une intervention chirurgicale sanglante, sauvegarder la vie de l'enfant et celle de la mère, et que les risques de mort pour la parturiente ne sont pas plus considérables que ceux qui résulteraient d'une opération mutilatrice sur le fœtus.

Mais avant, nous étudierons nombre de questions tant au point de vue de la morale pure comme au point de vue déontologique. Ces questions qui ont déjà provoqué d'ardentes controverses, nous les aborderons sans hésitation parce que nous croyons qu'à notre époque, il n'est plus permis de croire sur parole l'enseignement des maîtres, que le *magister dixit* ne s'accorde plus avec la science moderne, toute rationnelle et expérimentale, et que, comme disait souvent M. Pinard, « il n'y a que les faits réels et matériels, que l'on doit croire », pour le reste, la discussion est toujours ouverte.

Pour ce qui touche à la partie technique, à l'expérimentation, si l'on veut, nous opposerons à l'expérience et à la pratique de Léopold et ses partisans, l'expérience et la pratique des Pinard, Varnier, Lepage, etc., et pour ce qui a trait à la discussion théorique, nous opposerons aux arguments, d'autres arguments, à leur raisonnement, le nôtre ou plutôt celui que nous faisons nôtre. Dans cet ordre d'idées nous ne considérons plus les personnes, dont nous faisons abstraction, nous examinons leur œuvre en détail, faisant l'analyse de notre mieux.

Nous conformant à un vieil usage qui semble défier

le temps, nous voulons faire publics des sentiments qui gagneraient peut-être à rester intimes pour être produits dans d'autres circonstances.

Nous remercions tout particulièrement, d'abord, notre maître le professeur Pinard, d'avoir accepté la présidence de cette thèse et contribué, par son incomparable sens clinique et son esprit aux idées larges et généreuses, à faire notre éducation obstétricale. MM. Varnier, Wallich et Paquy ses collaborateurs ont obligé de même notre reconnaissance,

Nous remercions très vivement les professeurs Guyon et Tillaux, les professeurs agrégés Charles Monod, Albarran et Walter et le docteur Arrou, chirurgien des hôpitaux, qui ont été nos maîtres en chirurgie.

Les professeurs agrégés, M. Maurice Letulle, médecin en chef de l'hôpital Boucicault, et M. Ernest Dupré, médecin à l'hôpital Laënnec ont été nos maîtres en médecine. Qu'ils veuillent accepter l'expression de notre vive gratitude.

Dans notre passage à l'Ecole pratique, nous avons gardé le meilleur souvenir du professeur Terrier, des professeurs agrégés Poirier et Hartmann et de MM. Bouglé, Marion et Gosset, alors prosecteurs, nous leur adressons nos remerciements sincères.

Nous remercions collectivement tous les professeurs de l'école de médecine qui ont contribué d'une manière effective à former notre bagage médical.

Et dans ses savants et ses penseurs, nous remer-

cions la noble et hospitalière nation française, qui, malgré ses détracteurs, envoie dans tous les coins du globe, les lueurs de sa science, de son art et de sa pensée.

Pour terminer, nous nous excusons d'avoir imprimé à notre travail un peu de la rudesse et de l'ardeur combative qui sont propres à notre âge et à notre race.

De l'embryotomie

Etymologie et définition. — Le mot embryotomie vient du grec ἐμβρυον embryon, et τομή section.

D'une manière générale, l'embryotomie est toute opération mutilatrice du fœtus dans le sein de la mère, ayant pour but de l'extraire par parties dans les cas de dystocie par rétrécissement du bassin.

Historique. — Quelques mots suffiront pour montrer quel était l'attirail obstétrical pour pratiquer l'embryotomie il y a quatre siècles. Au moment de la Renaissance (1513) Rösslin se servait des instruments suivants : les couteaux courbes, les crochets aigus, les pieds de griffon qui permettaient de dépecer la tête de l'enfant qui avait succombé.

Voici comment Ambroise Paré s'exprimait :

« Alors, dit en effet Paré, si on voit la femme estre en un extrême travail, *et qu'on cognoisse l'enfant estre mort*, faut faire incision aux sutures du crâne pour évacuer ce qui est cõtre nature, et tirer par pièces s'il est besoin. Aussi si le thorax est pareillement trop gros, le faut vuidier puis le tirer pièce à pièce. »

Indications. — Actuellement tous les accoucheurs ne sont pas d'accord sur les indications de l'embryotomie. Pour les uns elle ne doit être employée

que sur l'enfant mort, tandis que pour d'autres, *même sur le vivant*.

Variétés. — L'embryotomie porte différents noms selon qu'elle se pratique sur la *tête*, le *cou* ou le *tronc* du fœtus.

a) Sur la tête elle s'appelle *craniotomie*, s'il n'y a que simple perforation de la voûte ou de la base du crâne; *basiotripsie* si la tête fœtale est broyée au niveau de sa base; la *cranioclasie*, peu usitée, consiste dans l'extraction de la tête, sans être complètement broyée, au moyen du cranioclaste; plus rare encore est la *céphalotripsie*, abandonnée en général, et qui consistait dans le broiement de la tête fœtale par le céphalotribe.

b) Sur le cou cette opération prend le nom d'embryotomie cervicale ou de *décollation*.

c) Sur le tronc on dit : *embryotomie rachidienne* si on sectionne la colonne vertébrale et *ériscération*, (ou exentération) si l'on ouvre le thorax et l'abdomen du fœtus pour en retirer les viscères et faciliter son extraction.

Couramment on désigne par *craniotomie* les opérations sur la tête et par *embryotomie* celles du reste du corps.

Instruments. — Les instruments que l'on emploie plus fréquemment en France pour faire ces sortes d'opérations sont :

- 1° Les ciseaux de Dubois modifiés par Pinard ;
- 2° L'embryotome de Ribemont-Dessaignes ;
- 3° Le basiotribe de Tarnier ;
- 5° Plus rarement la corde ficelle de Pajot.

Dans d'autres pays on se sert souvent du crochet de Braun.

Nous allons examiner sous toutes ses formes la question de savoir si on peut faire l'embryotomie sur l'enfant vivant dans l'état actuel des sciences médicales; et pour cela, nous allons étudier, même au point de vue historique, le prétendu droit de vie et de mort que, à divers titres, quelques personnes ont voulu exercer sur l'enfant.

Les droits du père sur l'enfant.

HISTORIQUE

Quelques accoucheurs en renom ont voulu chercher dans les sources de l'histoire des arguments décisifs pour établir d'une façon péremptoire que les père et mère d'un enfant avaient « droit de vie et de mort » sur lui, lequel pouvait être transmis au médecin par la force des circonstances.

Nous avons donc cherché dans l'histoire des anciens peuples si quelque chose autorisait une semblable opinion et voici le fruit de nos recherches.

La famille romaine nous apparaît dès la fondation de la ville, comme une famille rigoureusement constituée selon le type patriarcal, où l'enfant est étranger à la famille d'origine de sa mère, et n'est parent de celle-ci, que parce qu'elle a passé sous la puissance du père. La famille romaine a pour colonne maîtresse la *patria potestas*, la puissance reconnue sur les enfants par le droit civil au *pater familias*.

Le *pater familias* est à la fois prêtre, (*sacra privata*) administrateur et juge.

Dans le véritable esprit de la loi, le père est un magistrat et un justicier : il constitue un vrai tribunal domestique, mais irresponsable et que n'enchaîne

aucune loi. Ce point de vue est indiqué en ces termes par Sénèque : « Quia utile est juventuti regi, imposuimus illi *quasi* domesticos magistratus sub quorum custodia contineretur » (De benef., III, 11). S'il y a dans Sénèque quelque chose de trop, c'est le mot *quasi*. « Le père dirige et conduit la famille selon la loi de sa volonté suprême. En face de lui, tout ce qui vit dans la maison est absolument sans aucun droit : le bœuf comme l'esclave, la femme comme l'enfant.

La vierge devenue épouse par le libre choix de l'époux a cessé d'être libre; l'enfant qu'elle lui donne et qu'il s'agit d'élever, n'aura pas davantage son libre arbitre. »

Le père maître absolu chez lui tenait les siens assujettis à la règle d'une discipline sévère, il avait le droit et le devoir d'exercer la justice parmi eux; il prononçait même, s'il le jugeait à propos, la peine capitale.

Ainsi, « il peut frapper les personnes en puissance paternelle de tous les châtimens corporels, même de la mort *jus vitae necisque*, en étant à la vérité plus nettement obligé que pour les esclaves de consulter un conseil de parents mais sans être obligé de suivre ses avis »; car en droit romain l'esclave est une chose, le fils de famille reste un homme. On connaît le cas de Manlius Torquatus qui fit condamner à mort son fils pour avoir combattu et vaincu contrairement à une défense formelle prononcée par lui-même; le sénateur Fulvius fit mourir son fils pour avoir trempé dans la conspiration de Catilina, Spurius Cassius fut exécuté en résignant ses fonctions de consul. On voit, comme le fait remarquer si bien M. Pinard, que la peine de mort (*jus vitae necisque*) était pour les Romains une véritable punition qui ne pouvait être prononcée que

par le père ; la mère et en général aucune femme ne pouvait pas exercer ce droit.

A ces effets exorbitants il est facile de reconnaître que la puissance paternelle ne peut pas être classée dans le *jus gentium*, qu'elle est organisée dans l'intérêt du père et non de l'enfant, et que cet intérêt lui-même n'est qu'un moyen d'atteindre un but plus éloigné, un but politique.

Au fur et à mesure que Rome étend sa domination, que la vie patriarcale disparaît, diminuant les pouvoirs du père et augmentant les droits du fils, le *droit de vie et de mort* est englouti par les flots d'une civilisation plus humanitaire. Dans le dernier siècle de la République, le *jus vitæ necisque* commence à disparaître et sous l'Empire, précisément au temps des Antonins, il disparaît complètement.

Alexandre Sévère renvoie aux magistrats le prononcé de la peine réclamée par les parents. Trajan force le père qui maltraite son fils, de l'émanciper. Adrien condamne à la déportation le meurtrier de son fils, et aux termes d'une constitution de Constantin, le père qui tuait son fils subissait la peine du parricide. Cette coutume cruelle fut ainsi abolie.

Aujourd'hui d'après le droit naturel, la puissance paternelle est un pouvoir de protection, établi dans l'intérêt de l'enfant et qui, à défaut du père, peut être exercé par la mère ; et les lois civiles et criminelles s'appliquent de mieux en mieux à assurer sa vie et ses droits *intus et extra utero*.

Si appliquant le droit romain au cas qui nous occupe, nous cherchons quelle est la cause, quel est le crime qui ferait encourir au fœtus, à l'enfant *in utero*,

la peine de mort, nous sommes obligé de reconnaître avec M. Pinard que « cette coutume antique et barbare ne peut pas donner au père le droit de vie et de mort sur un enfant qui, n'ayant pas vécu, ne peut s'être rendu coupable d'aucune faute ».

Et ce n'est pas seulement dans l'histoire de la civilisation romaine que nous trouvons ce droit de vie et de mort du père sur l'enfant à titre de punition, lui, le père, agissant comme juge ; l'histoire des peuples primitifs d'Amérique (Humboldt) et de certains autres du continent asiatique nous montre aussi le même phénomène. Mais il n'est pas à notre connaissance que l'homme, de quelque pays qu'il soit, et de quelque civilisation qu'il se réclame, se soit octroyé le droit de tuer ou punir ses enfants, étant persuadé lui-même de leur propre innocence.

Nous savons, par exemple, que les anciens et particulièrement les grecs supprimaient les enfants contrefaits, les infirmes, les débiles, mais encore c'était dans un but esthétique ou politique, dans un but de sélection anticipée, et après avoir connu et apprécié les caractères et les qualités physiques des enfants sacrifiés.

Aujourd'hui à la fin du xix^e siècle, qui se targue de tant de progrès, tant au point de vue sociologique, qu'au point de vue matériel, on voudrait nous faire accorder au père le droit de tuer un enfant qui vit encore dans les entrailles de la mère. Ce droit, heureusement, aucun législateur, aucun moraliste, aucun philosophe ne s'est avisé de le consacrer et il ne reste que quelques esprits retardataires, rares même chez les accoucheurs, pour le faire rappeler.

Les droits et devoirs de la mère sur l'enfant.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que dans la législation romaine, la mère n'avait pas sur son enfant le droit de vie et de mort qui appartenait seul au *pater familias*, au chef mâle de la maison, mais en aucune sorte à la femme. Nous avons vu que ce droit du père s'étendait aussi bien sur l'enfant que sur la mère et que celle-ci n'était considérée parente de son fils que parce qu'elle passait par la puissance paternelle.

Il ne faut donc pas chercher chez la femmeromaine le droit de disposer de la vie de son enfant. Certains accoucheurs citent cependant ces paroles de Cicéron qui définit la loi naturelle et qui selon eux donnerait à la mère le droit de vie et de mort sur son enfant :

« Est igitur hoc non scripta, sed nata lex : quam non didicimus, accepimus, legimus ; verum ex natura ipsa arripuimus, hausimus, expressimus, ad quam non docti, sed facti ; non instituti sed imbuti sumus : ut si vita nostra in aliquas insidias, si in vim, si in tela aut latronum, aut inimicorum incidisset, omnis honesta ratio esset expedienda salutis » (Cicero, pro Milone, cap. 4).

Et ces accoucheurs, dans leur éloquence spécieuse, se sont dit que la femme au moment de l'accouchement se trouvait dans le cas de *nécessité*, en *état de légitime défense*, et Cazeaux particulièrement s'est livré à des raisonnements comme ceux-ci :

Il compare le malheureux fœtus dont le seul désir serait de sortir de la prison où l'ont enfermé ses geôliers, il le compare, dis-je, à un « *fou furieux* qui viendrait nous attaquer et qu'il est permis de tuer » ; il compare aussi la mère et l'enfant à *deux naufragés* qui se disputeraient une planche de salut, et dont le plus fort étranglerait le plus faible, restant maître de la planche. On voit à quels arguments il a recours et à quels sentiments de féroce égoïsme il est obligé de faire appel pour la défense de sa cause.

Rien n'est plus facile de démontrer que si quelqu'un est dans la *nécessité* d'un secours c'est bien l'enfant qu'on tient sous les verrous et non la mère qui s'oppose à sa sortie, que si quelqu'un a à se défendre, c'est aussi l'enfant qu'on veut tenter de détruire en le laissant mourir ou en l'embryotomisant.

*
* *

Pour notre part, nous croyons que toute femme de par le fait même de son consentement à la copulation a signé un engagement, un compromis tacite par lequel elle doit supporter les risques et périls auxquels expose la maternité qui est la conséquence physiologique de l'acte copulation. C'est le champ de blé qui pousse quand on a ensemencé la terre. Du reste, qui sème doit récolter.

De même qu'on ne saurait pas contester les droits et les avantages que donne la maternité, de même on ne saurait pas exonérer la femme de ses inconvénients et ses dangers.

Pour nous autres, médecins, la copulation ne doit être envisagée que comme une fonction, un besoin physiologique. Nous devons écarter de notre pensée les idées et pratiques d'un certain monde de jouisseurs effrénés, hommes et femmes, qui endurcis dans l'égoïsme ne veulent dans la vie sociale que les droits, mais sans les devoirs qu'ils comportent, ne veulent dans la vie physique que les plaisirs et la joie sans les douleurs. Voilà pourquoi quand la fraude n'a pas réussi à épargner *les ennuis* de la maternité, on veut se livrer à la destruction systématique du produit de conception, par tous les moyens en leur pouvoir. Il ne faut pas que l'accoucheur lui-même devienne, par l'embryotomie ou l'avortement provoqué, l'instrument ou le complice de cet état mental.

Chez une femme surprise par une grossesse, nous ne devons pas hésiter, quel que soit l'état de son bassin, à mener cette grossesse à terme, et à l'accoucher d'un enfant vivant, fût-ce au prix d'une intervention chirurgicale. Les bonnes mères, les braves femmes, ne refusent jamais une intervention qui doit sauver leur enfant sans compromettre de trop leur vie.

*
x x

Nægelé, dans son célèbre discours de Heidelberg :
« *Disseritur de jure vitæ et necis quod competit medico in partu* » (18 novembre 1826), où il cite aussi

Cicéron, prétend que la mère doit être seule et souveraine juge : « mater sola discernendi jus habet, nec ulla in terris potestas jure eam cogere potest, ut de vita dimicet. » Or, la qualité de juge suppose l'impartialité, suppose une inspiration dans la justice ou tout au moins la justice légale. Comment la mère peut-elle être juge et décider qu'elle adopte telle opération qui tue son enfant à la place de telle autre qui pouvait le sauver ? Comment celle qui ignore tout dans l'obstétrique pourra-t-elle donner ainsi un arrêt sans appel, elle qui peut être toute pleine de dévouement pour son enfant ou pleine d'égoïsme, et qui peut, par conséquent, faire pencher la balance contre la vie fœtale ou contre la sienne propre ?

Neus ne comprenons pas qu'on puisse faire de la mère la *seule et souveraine juge*, et L. G. Hubert de Louvain est de cet avis quand il dit que « ce droit n'existe ni au point de vue naturel, ni au point de vue religieux ».

Mais à côté de cette question théorique, il se présente dans la pratique, une autre beaucoup plus scabreuse. Vous, praticiens, vous jugez la femme enceinte passible d'une intervention déterminée et alors que vous vous disposez à opérer, la femme vous arrête et vous dit : « Monsieur, je ne me laisse pas opérer, ou bien elle vous dit : je ne veux pas cette opération-là, je préfère cette autre. » Que devons-nous faire ?

Les partisans de ce droit exorbitant accordé à la femme, vous disent : « Vous ne devez pratiquer une opération sur une parturiente que si cette dernière y consent. »

Serrons de plus près la question. Il est évident, comme le fait observer M. Pinard, que l'on ne peut pas établir une similitude entre une personne quelconque qui, ayant une affection chirurgicale, refuse l'opération au nom de sa liberté individuelle, et une femme enceinte qui ne peut pas accoucher spontanément. Dans ce dernier cas, il n'y a pas que la vie et la liberté de la femme qui entrent en jeu, il y a aussi la vie et les droits d'un tiers, qui est l'enfant. « Or, dit M. Pinard, j'ai appris que la liberté consiste à tout faire, sauf ce qui peut nuire à quelqu'un ».

Nous verrons, dans un autre chapitre, les efforts faits pour enlever à l'enfant sa valeur comme unité humaine, nous verrons les comparaisons outrepassées, les arguments tortueux qu'on a employés pour dénigrer et bafouer l'enfant.

Si, d'autre part, nous pratiquons sur une femme à bassin étroit, l'avortement ou l'embryotomie avec mort du fœtus, pour la mettre à son aise, pour lui épargner les ennuis d'un accouchement difficile, ou si vous préférez, les dangers d'une opération chirurgicale qui serait nécessaire dans son cas, alors nous donnons à la femme le droit d'interrompre sa grossesse, le droit à la castration comme moyen prophylactique. « Cette concession (sans compter qu'elle n'est pas permise par les lois) ne mène à rien moins qu'à la disparition de l'espèce ! (Pinard).

Et si toutes les fois qu'il y a un danger quelconque pour la femme, il fallait tuer l'enfant, alors pour éviter une déchirure, une hémorrhagie, une rupture utérine, une infection, on tuerait la moitié des enfants qu'on arrive aujourd'hui à accoucher en bonne santé.

Combien de savants n'existent pas au prix d'une déchirure !

Devons-nous demander l'autorisation à la femme ? Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la façon comment M. Pinard envisage la question : « Je ne comprends pas ce pseudo-respect de la liberté individuelle, qui fait dire à quelques accoucheurs : avant de pratiquer une opération sur une parturiente, vous devez toujours lui faire connaître cette opération et être autorisé par elle à la pratiquer. »

« J'avoue, messieurs, que ceci me stupéfie. Comment ! Avant de faire une application de forceps, je dois prendre les branches de l'instrument et expliquer plus ou moins éloquemment à la parturiente que je vais les lui introduire dans le corps ! Je dois procéder de la même façon avec le perforateur, et lui montrer que je vais d'abord perforer la tête de son enfant et ensuite la broyer avec les branches du basiotribe ! Ou bien je dois lui dire que je vais lui fendre le bassin et lui ouvrir le ventre ! Vous allez ajouter aux souffrances, aux angoisses de cette malheureuse, inconsciente, ignorante, les affres de la terreur ! Je trouve quant à moi cette conduite insensée. »

Et alors, quelle conduite tenir devant une femme qui ne veut pas se laisser opérer, vouant ainsi son enfant à la mort ?

Nous trouvons un précédent. Dans l'article *forceps* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales p. 547, M. Pinard raconte comment il a été appelé pour un de ces cas et quel parti il a pris :

« Nous eûmes l'occasion d'en constater un l'année

dernière à l'hôpital de la Charité, dans le service du docteur Bourdon. Appelé par ce savant médecin pour délivrer une femme en travail chez laquelle on avait constaté une procidence du cordon avec un sommet encore au niveau du détroit supérieur, nous ne pûmes faire accepter l'opération à cette malheureuse qui, nous ayant entendu dire que son enfant souffrait et succomberait rapidement, si l'on n'intervenait pas, ne répétait que ces mots : « Eh bien, tant mieux ! s'il meurt, je n'aurai pas la peine de l'élever ». Devant ce parti pris, après en avoir conféré avec M. Bourdon, nous fîmes donner du chloroforme ; l'opération fut faite pendant l'anesthésie, et l'enfant put de cette façon, être sauvé.

« Nous pensons, en effet, que l'anesthésie est la seule ressource à employer quand, malgré tout, l'opération étant urgente, la femme la repousse, quel que soit le mobile qui la fasse agir ».

Voilà la conduite qu'on doit tenir à l'hôpital, mais en ville, on ne peut pas agir de même.

Devant un refus formel, le médecin n'a qu'à protester et se retirer, c'est du moins ce que nous ferions. « Avant tout, il (l'accoucheur) devra déférer à la voix de sa conscience. Si elle lui dit que les différentes interventions qui pourraient être faites (par indication de la femme ?) ne sont pas convenables, il devra laisser à d'autres la responsabilité de faire ce qui ne lui semble pas être bon. » (Bar, *L'obstétrique*, mai 1899.) Ce qui revient à dire que le médecin ne doit pas tenir compte de l'avis de la parturiente. Voilà un point déontologique, dont nous sommes heureux de citer l'avis de M. Bar.

Droits et devoirs du médecin par rapport à la femme et à l'enfant.

Nous avons refusé dans les pages antérieures, tant au père qu'à la mère, le droit de vie et de mort sur l'enfant au moment de l'accouchement, et nous avons analysé et combattu avec l'appui de l'histoire et du droit cette prétention qu'on fait, jusqu'à un certain point, passer comme monnaie courante. Nous allons faire de même pour le médecin.

« Si, dit Nægelé, la mère a le droit de tuer son enfant ou de demander qu'on le tue, le médecin a, lui-même, le droit de pratiquer cette destruction... Par cela même que le médecin obstétricien a reçu le pouvoir de venir en aide par son art à la mère et que celle-ci a le droit d'exiger qu'il accomplisse l'œuvre entreprise, son *devoir* est de lui porter secours, alors que la parturiente a invoqué son aide ; par ces motifs, il est hors de doute et plus clair que le jour qu'il est dans l'obligation de supprimer le fœtus. »

On voit donc que dans ce système le droit de vie et de mort vient au médecin de par la mère, qui n'en a pas, et qui n'est même pas comparable à celui que tient le bourreau de par la loi. A moins, toutefois, qu'il n'ait ce droit de par son art, exclusivement, et qu'il ne l'exerce qu'au bénéfice de la mère, parce que c'est elle la seule payante. Quant à l'aide qu'il doit au

foetus, qu'il a mission de protéger et mener à bon port il n'en est pas question.

Il en est de même pour Cazeaux : « L'impossibilité où se trouve la mère de se sauver elle-même, rendrait complètement illusoire le droit que nous lui avons reconnu, si elle ne pouvait le transmettre à celui qui seul, peut employer les moyens propres à la sauver ». Cela ne serait que très logique si la mère avait le droit que nous contestons.



Mais en plus de ce pouvoir transmissible qu'on veut donner à la femme, on invoque pour tuer l'enfant, soi disant dans l'intérêt supérieur de la mère, deux sortes d'arguments que nous ne ferons qu'énoncer, nous réservant pour les discuter, dans les chapitres qui vont suivre. Ils ont pour but, les uns de diminuer l'importance de l'enfant intra-utérin comme être vivant, les autres tout en supposant les deux vies égales, trouvent, qu'il est de l'intérêt de la société de sacrifier le fœtus au salut de la mère, et *que dans tous les cas la mère a le droit d'en décider en dernier ressort !*

Si l'on admet que nous avons été, tous, des fœtus et qu'au point de vue moral une unité humaine en vaut une autre, il est monstrueux comme le fait observer M. Pinard qu'on « discute sur la valeur différente au point de vue économique et social, de la vie de la mère et celle de l'enfant. »

On doit aussi considérer le rôle effacé qu'on fait jouer au médecin, qui doit suivre les indications de la

parturiente, lui servir d'instrument plus ou moins aveugle, quelquefois de complice : « Exécuteur des hautes ou basses œuvres de la mère. » (Pinard).

Pour nous, le rôle du médecin est tout autre; seul, il est impartial, seul, il est compétent, seul, il peut porter un jugement ferme et droit, seul, il plane au-dessus de la situation, et, « si le droit de vie et de mort pouvait appartenir à quelqu'un, il ne pouvait être dévolu qu'au médecin. »

Mais nous tenons à démontrer que, pour « sauver la mère » il n'y a pas besoin de tuer l'enfant, et tout en pensant que le mot *sauver*, dépasse la situation qu'il voudrait représenter, nous pensons comme le chef de Baudelocque « que le médecin ne doit jamais tuer ni rendre malade. » Nous traiterons ces questions à la suite.

Droits supposés d'autres personnes. Légendes.

Nous avons vu dans les pages précédentes, qu'on ne peut pas accorder le droit de vie et de mort avec un semblant de raison, ni au père, ni à la mère, ni au médecin lui-même. Nous allons rechercher, comme l'a fait M. Pinard, si quelqu'un, dans l'administration de l'Assistance publique, peut prétendre à ce droit. Pour faire cela, M. Pinard, connaissant une opinion déjà ancienne qui fait intervenir le directeur d'un hôpital dans le cas d'opération grave, s'est adressé au directeur de l'Assistance publique dans les termes suivants :

« Monsieur le Directeur Général,

« J'ai l'honneur de vous demander s'il existe dans les cartons de l'Administration, des règlements sur lesquels un accoucheur chef de service puisse et doive s'appuyer pour déterminer son intervention dans les circonstances suivantes : femme en travail ne pouvant accoucher spontanément, par suite de rétrécissement du bassin, et refusant toute opération autre que le broiement de son enfant, alors que ce dernier est vivant.

« Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire

comprendre combien la question que je vous adresse est grave, et je vous prie d'agréer, etc. »

Et le 4 novembre 1899, M. Pinard reçut la réponse suivante :

« Mon cher ami,

« Si je ne vous ai fait parvenir jusqu'ici aucune réponse relativement à la question que vous avez posée à l'Administration par votre lettre du 29 mars dernier, c'est parce que le Conseil de surveillance, à qui je l'ai soumise, n'a pu, après l'étude que sa Commission en a fait, émettre un avis ferme sur un cas qui lui a paru, par son essence même, échapper à toute réglementation. La Commission du Conseil, a en effet, considéré qu'il s'agissait là d'un cas de conscience, *estimant qu'il n'était pas possible de passer outre à la volonté de la femme qui se refuserait à laisser pratiquer sur elle toute opération pouvant apporter quelque danger pour sa vie et que, en présence de cette situation, le médecin était seul jugé de décider, sous sa responsabilité, de l'attitude qu'il avait à tenir.*

« Signé : NAPIAS ».

Ainsi donc, l'Administration de l'Assistance publique, tout en établissant *qu'on n'a rien à voir* avec le directeur de l'hôpital, se rallie à l'opinion de Nægelé, pour qui « *mater sola discernendi jus habit nec ulla in terris potesta jure eam cogere potest, est de vita dimicet.* »

Il semblerait que pour apprécier si une opération peut présenter *quelque danger*, il faudrait être d'une

compétence indiscutable, en un mot, être ou accoucheur, ou chirurgien. Mais l'assistance publique n'est pas de cet avis là. Elle croit qu'une femme ignorante et dans une position aussi critique, peut juger et mesurer l'étendue du danger. Nous croyons qu'il est inutile d'y insister davantage.



A côté de cela nous entendons souvent et dans tous les milieux même médicaux, à propos d'une femme dont l'accouchement est difficile, cette phrase fatidique : « tuez l'enfant, mais que la mère soit sauvée » ou sous une forme moins brutale et plus atténuée on dit « que l'enfant périsse, mais que la mère soit sauvée ».

Voici dans ce même ordre d'idées les paroles fameuses prononcées par Cazeaux à l'Académie de médecine : « L'empereur touchait enfin à ce moment tant désiré qui allait fonder sa dynastie. Antoine Dubois se présente devant lui et lui témoigne quelques inquiétudes sur le résultat de l'accouchement.

« Aussitôt le grand homme oublie toutes ses espérances d'avenir, et lui qui a répudié la femme de son cœur, lui qui donnerait toutes ses victoires pour voir vivre cet enfant si désiré, n'a plus qu'une pensée, n'a plus qu'un cri : *Sauvez la mère !* Ce cri partait du cœur, c'était le cri de la nature : l'empereur n'était plus qu'un homme..... »

« Faut-il dire qu'il n'est peut-être pas un accoucheur répandu qui n'ait entendu vingt fois ce cri retentir à ses oreilles. Toutes les fois, en effet, que

nous nous trouvons en présence d'un cas grave, et que nous manifestons les craintes légitimes que nous imposent de sérieuses difficultés, quelle est la première recommandation qui nous est faite par le pauvre comme par le riche, par l'artisan et le grand seigneur : « Avant tout, monsieur, *sauvez la mère !* »

On voit dans ces différentes expressions que l'idée dominante, celle qui sert de point de départ, consiste à rendre la vie de l'enfant incompatible avec la vie de la mère, ce qui revient à dire, que pour « sauver » la mère, la seule ressource consiste à détruire le fœtus vivant.

Voilà donc ce qu'on répète depuis trop longtemps déjà et ce qu'on se plaît à croire dans la foule ignorante. Mais nous comprenons moins, qu'à la suite du vulgaire, des personnes instruites, des médecins et des accoucheurs distingués, se passent le mot sans se donner la peine d'examiner le bien ou mal fondé de cette croyance.

Dans le cours des chapitres qui vont suivre, nous démontrons qu'au moyen des diverses opérations conservatrices : symphyséotomie, opération césarienne, forceps, etc , on peut obtenir que l'enfant et la mère restent vivants sans que le danger pour celle-ci soit plus grave qu'avec l'embryotomie ou toute autre opération sanglante sur le fœtus. C'est pourquoi nous voulons, dans la mesure de nos forces, réagir contre cette légende absurde que nous considérons à la fois comme immorale et anti-scientifique.

Le rapport Cazeaux à l'Académie de médecine

Séance du 10 février 1852 et suivantes

Il y a à peu près cinquante ans, les diverses questions que nous avons examinées d'une façon générale furent portées devant l'Académie de médecine et Cazeaux qui fut chargé du rapport à la suite d'une communication du docteur Lenoir (cas d'avortement provoqué) se fit le défenseur véhément de cette idée que : l'avortement provoqué, l'accouchement prématuré, l'embryotomie sur l'enfant vivant étaient des opérations permises, recommandées même, car à une époque déterminée de la grossesse « en renonçant à l'embryotomie, en abandonnant par conséquent la mère aux ressources de la nature, il (l'accoucheur) voue les deux individus à une mort certaine, quand *il pouvait en mutilant l'enfant, sauver « presque » sûrement la mère »*.

Avant de pousser plus loin cette analyse, il faut dans quelques mots que nous disions l'état de la science obstétricale (en ce qui nous concerne) à l'époque du rapport, et c'est ce rapport lui-même qui va nous servir de guide indicateur.

En effet, voici quelles étaient les opérations connues et pratiquées par les divers accoucheurs : opération

césarienne, embryotomie, accouchement prématuré, avortement provoqué, forceps et version.

L'opération césarienne était devenue un épouvantail pour les accoucheurs de Paris : *sur 100 femmes opérées, on comptait 75 mortes et 25 guérisons*. Cette mortalité de 3 sur 4 n'était pas seulement effrayante pour les femmes, il y avait aussi la mortalité des enfants obtenus dans ces conditions. Pour ceux-ci elle s'élevait à 18 sur 37, c'est-à-dire à 48,64 %. La cause de ces résultats était surtout due au retard qu'on mettait à faire l'opération redoutable, car pour la femme la mort s'ensuivait la plupart du temps. Quelques rares guérisons, on les avait obtenues en province, car à Paris, « depuis cinquante ans on ne pouvait citer un cas heureux, et à Londres, sur vingt-cinq malheureuses livrées au couteau césarien, une seule a été sauvée ».

On comprend facilement avec quelle méfiance, avec quelle crainte, même, on arrivait quelquefois à pratiquer une opération césarienne, et cet état d'esprit, il est tout entier dans le rapport Cazeaux. Et c'est au nom de cette crainte, au nom des insuccès, chiffres en main, selon sa propre expression, que le rapporteur condamnait la césarienne d'une façon *irrévocable* et *absolue* et donnait sa préférence selon le moment de l'intervention, à l'avortement provoqué, à l'accouchement prématuré et à l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Ces idées n'ont pas été émises sans soulever des observations et Dubois (P.), Danyau, Bégin et Adélon en ont présenté de très sérieuses. Voici avec une perspicacité très remarquable, le langage prophétique

que tenait Danyau : « Quelque peu partisan que je puisse être de l'opération césarienne, ne puis-je pas me trouver un jour, hors de Paris, ou dans Paris même, en présence d'un cas évidemment favorable, et dont il me sera permis d'améliorer peut-être encore les conditions à l'époque de l'opération et pour toute la durée de ses suites ? Et pourquoi me serait-il donc interdit alors, d'espérer que la femme confiée à mes soins, sera dans cet heureux quart qui surmonte tous les dangers et qui survit ? »

Depuis que ces sages paroles ont été prononcées, le temps a marché et avec lui les sciences médicales. Pasteur est venu avec ses immortelles découvertes, puis Lister, et en un mot, l'antisepsie.

L'opération césarienne ne fait plus les hécatombes d'il y a 50 ans, et au lieu de 75 % la mortalité est descendue à une moyenne de 6,32 %. Non seulement cette mortalité est considérablement abaissée, mais encore elle serait tout au moins égale, sinon inférieure, à celle que produirait l'embryotomie (voir plus loin les opérations conservatrices). Nous pourrions donc dans l'état actuel, sans trop forcer la mesure, renverser la proposition de Cazeaux et dire qu'à l'heure actuelle ce n'est plus dans cet espèce de dilemme que le médecin va être placé pour *choisir* entre la vie de la mère et la vie de l'enfant, mais bien ce choix devra se reporter sur les diverses opérations qui aujourd'hui peuvent sauvegarder aussi bien l'enfant que la mère.

Déjà en 1852 on pratiquait l'accouchement prématuré, et bien que les résultats ne soient pas très brillants c'est un progrès qui compte dans l'évolution obstétricale, qui devient de plus en plus conservatrice.

Dans ce dernier quart de siècle on a fait revivre des opérations fort anciennes, telle la symphyséotomie, on en a imaginé de nouvelles, telles l'hystérectomie totale, l'ischio-pubiotomie (opérat. de Farabeuf), on en a perfectionné d'autres comme la césarienne, et si à cela on ajoute les nouveaux forceps, on conviendra que l'art obstétrical n'est pas aussi désarmé qu'on veut le dire contre les besoins que la clinique fait surgir tous les jours.

Pour ce qui est de l'embryotomie et de l'accouchement provoqué, nous ne connaissons pas le chiffre de la mortalité il y a cinquante ans, mais le rapport Cazeaux nous fait supposer que, comme traitement, il n'était pas tout à fait anodin.

*
* *

Revenons maintenant au rapport Cazeaux; il examine la question sous trois formes : *religieuse, médico-légale et humanitaire.*

Nous n'examinerons pas le côté religieux car nous voulons établir la vérité sans le secours d'aucune religion, mais en passant nous ferons remarquer que Cazeaux en faisant des coupures et des citations de la Bible arrive à *démontrer* (?) que Dieu a pu récompenser une série de crimes et de massacres faits dans la bonne intention, et que puisque « le bourreau exécute sans scrupule » parce que le magistrat reconnaît nécessaire la peine capitale, le médecin aussi doit sans doute exécuter les ordres de ce nouveau magistrat, qui est la femme.

Cette comparaison n'est pas précisément pour flatter les embryotomistes.



On a discuté longuement sur l'article 317 qui punit « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, qui auront indiqué ou administré les moyens pour provoquer l'avortement, de même que la femme qui y a consentie. »

Si l'avortement a eu lieu la punition est de travaux forcés à temps.

Comme le fait observer Paul Dubois, « le législateur n'a probablement pas pressenti que cette opération pût jamais être employée dans un but salulaire et devenir une des ressources de la médecine », il n'a eu en vue que la punition de l'avortement criminel.

Mais ici la question se présente de savoir si l'avortement ou plutôt l'embryotomie peut être employée dans un « but salulaire », comme moyen thérapeutique. Il est évident que si l'embryotomie est ou peut être salulaire pour la mère, ne l'est pas pour l'enfant qui est sacrifié. Elle ne serait donc justifiable qu'au cas où aucune autre intervention pût obtenir sa vie et la vie de la mère et celle de l'enfant, et au cas où la non-intervention serait cause de mort pour la parturiente. Or nous avons vu antérieurement, que d'autres opérations, sans augmenter les chances de mort pour la mère, assuraient la vie du produit de conception.

Nous ne savons pas qu'un cas se soit présenté en justice, ou un médecin ayant pratiqué l'embryotomie sur l'enfant vivant soit déféré en assises, mais nous estimons qu'il pourrait se produire.

En effet, il suffit qu'un père ayant intérêt à la progéniture sache qu'en son absence on a broyé son

enfant vivant pour que l'idée de charger la responsabilité du médecin lui vienne à l'esprit. Nous ne voulons même pas supposer quel serait le résultat d'un pareil procès, nous contentant de le signaler comme possible.

Examinant le côté moral de la question nous avons vu précédemment qu'on classait sous deux paragraphes les arguments contre la vie de l'enfant, c'est-à-dire, en faveur de l'embryotomie. A un premier point de vue on a prétendu que la vie de l'enfant — en supposant qu'il en ait une — n'avait aucune valeur en présence de la vie de la mère. Et deuxièmement, au cas le plus désespéré, supposant les deux vies égales en valeur, on prétend que la Société a de l'intérêt à tuer l'enfant pour le salut de la mère. On a dit à la suite de Bichat que « dans le fœtus la vie animale était nulle » ce qui dans l'espèce reviendrait à dire : « qu'il est plus criminel de tuer un homme éveillé que de l'assassiner pendant son sommeil. »

Ceux qui comme Foderé, Velpeau, etc., ont voulu diminuer l'importance de la vie de l'enfant ont dit dans leur langage imagé que c'était une « existence frêle et imparfaite » « qui ne tient encore au monde par aucun lien extérieur » tandis que « la mère tient à la Société par de nombreux rapports qui rendent sa vie plus précieuse ! »

Et c'est toujours le même système de dénigrement : « vie précaire d'un fœtus », « embryon faible dont la vie est incertaine », « être qui peut à peine passer pour un être humain et qui est sans valeur dans la société. »

Et quand ils nous ont chanté dans tous les tons que

la mère a plus de rapports sociaux dans le monde, des amis nombreux et des goûts raffinés, on nous dit encore que la mort de la mère fera verser plus de larmes que la mort de l'enfant (Velpeau).

On voit à quelles pauvres arguties on a recours pour établir la moralité d'un fait aussi important et transcendantal.

« J'admire, disait Bégin, le sans-façon avec lequel on diserte sur la valeur absolue ou comparative d'un fœtus de trois, quatre, cinq ou six mois et même d'un enfant arrivé au terme de la vie utérine. Mais qui donc a institué l'accoucheur juge de cette vie encore à ses premières lueurs ? Qui a livré à sa discrétion ce petit être qui, pour n'avoir pas encore de relations directes avec le monde extérieur, n'en est pas moins confié à toute sa sollicitude, et placé d'ailleurs sous la protection des lois ? » Ces paroles que nous venons de transcrire restent vraies comme il y a cinquante ans.

Si d'un autre côté nous devons suivre le système signalé plus haut, rien ne serait plus facile d'établir qu'il y a bien des cas où la vie de l'enfant procréé par un père vigoureux a toutes les chances d'un bon développement physique et moral et par conséquent on peut la considérer supérieure à la vie d'une femme malade, rachitique, incapable de remplir les fonctions de son sexe et dont l'intelligence et la moralité laissent à désirer. Mais c'est là un terrain dangereux sur lequel nous ne voulons pas glisser.

On a fait argument de la *vie incertaine* de l'enfant, mais que nous importe savoir ce que deviendra l'enfant, que nous importe savoir le sort qui dans la vie lui

est réservé ? Sommes-nous accoucheurs, c'est-à-dire, des médecins chargés d'assurer la naissance de l'enfant vivant et la suite heureuse des couches de la mère, ou bien, sommes-nous des répartiteurs de bonheur chargés de juger et de veiller sur la stabilité et les avantages des rapports sociaux ? Le but pour nous est de *faire vivre*, le reste n'est plus de notre compétence.

Tous les partisans de l'avortement provoqué et de l'embryotomie sur le vivant nous taxent souvent de faire parler bien plus le sentiment que la raison, alors que c'est eux qui font intervenir, comme nous avons vu, le plus grand nombre de larmes qu'il y aura dans un cas plus que dans l'autre, pour faire préférer telle ou telle opération.

Nous avons donc à considérer d'un côté un résultat *certain*, un fait positif pour ce qui touche à l'enfant (embryotomie), tandis que les autres interventions actuelles, pour tirer l'enfant en bon état sont d'un résultat *incertain envers la mère*, mais qui ne comportent aucune gravité.

Pour finir ces considérations à propos du rapport Cazeaux, nous croyons qu'il est bon de rappeler les paroles que cet accoucheur prononça en réponse à Danyau : « Je ne repousse pas, a-t-il dit, *d'une manière absolue* l'opération césarienne ; il est certain que *si l'on venait à améliorer* les conditions dans lesquelles on la pratique, elle devrait être préférée » (à l'embryotomie sur l'enfant vivant). Cazeaux évoluait, car au début de son rapport il était intransigent et condamnait en *absolu* l'opération césarienne. Il est

probable que de notre temps il serait un partisan enthousiaste de la césarienne et de la symphyséotomie, car *les conditions sont améliorées*, comme on peut s'en convaincre par les statistiques que nous publions plus loin.

Rapports au Congrès d'Amsterdam

(Août 1899).

Le professeur Léopold, de Dresde fit un long travail sur les indications respectives, dans l'état actuel de nos connaissances, de l'opération césarienne, de la symphyséotomie, de la perforation et de l'accouchement prématuré.

La date récente de cette discussion internationale, les hommes qui y prirent part, les nombreux travaux qu'on y apporta, font que nous avons choisi les principaux rapports, dont les idées sont contraires aux nôtres, pour faire une analyse et pouvoir comparer les acquisitions contemporaines avec celles du milieu du siècle.

Voici, d'abord le professeur de Dresde qui nous dit : « Tout accoucheur est appelé pour le salut de la mère et de l'enfant » en quoi nous sommes tout à fait de son avis.

Mais à la suite avec une autre orientation philosophique, il écrit : « Une fois il s'agit d'une primipare qui, conséquemment, n'a pas d'enfants en vie; une autre fois, au contraire, la parturiente est déjà mère de plusieurs enfants vivants et *sains*, et, *alors*, (seulement alors?) c'est le devoir le plus strict de mettre en œuvre tous les moyens dont on dispose pour conserver à ces enfants, leur mère ». Ainsi on

on établirait une différence entre la vie d'une femme qui n'a pas d'enfants et celle d'une autre qui en a. Il y aurait donc deux poids et deux mesures, la vie d'une femme se cotant autrement que la vie d'une autre. Je sais des esprits qui, sous le rapport moral, trouveraient cela plutôt pitoyable.

Plus loin nous retenons ces deux idées : « Pour tous, il y a *ce but élevé à poursuivre*, donner à la parturiente, quand c'est possible, un enfant vivant... » Et puis, « bien au-dessus de ce but, il en est un autre, *sauver, à tout prix, la vie de la mère* ». Sauver à tout prix, c'est tuer l'enfant toutes les fois que la mère a une nombreuse famille, toutes les fois qu'il vous gêne... Vouloir exposer la mère pour un enfant ? Hérésie. Après ça on nous sert la chanson connue : « Un père on peut le remplacer, une mère, jamais ». « Le cœur de la mère est lié à ses enfants (les grands !) par mille liens... » Ce sont, plus ou moins, paraphrasées, les paroles de Cazeaux, de Velpeau, de Nægelé, c'est toujours l'affaire de larmes et de rapports sociaux desquels on tire argument, non pas en faveur de la mère, mais contre la vie de l'enfant.

Le distingué gynécologiste préconise, dans des conditions déterminées par lui, l'accouchement prématuré artificiel *dans la pratique privée*, tandis que dans la clinique on peut se permettre toutes sortes d'opérations. Cette différenciation fait pendant aux femmes avec ou sans enfants de tout à l'heure.

Afin de démontrer que la perforation de l'enfant vivant est encore indiqué, Léopold se demande si, « lorsque l'accouchement a duré longtemps, quand la parturiente est à bout de forces, que les doubles

battements fœtaux soient encore bons ou déjà douteux, dans le but de sauver l'enfant, » il se demande dis-je, si un accoucheur doit « exposer la femme à la césarienne ou à la symphyséotomie, surtout lorsqu'il n'a aucune expérience personnelle de ces deux opérations et qu'il ne peut confier le cas à un collègue expérimenté, ni diriger la femme sur une clinique » ?

Mais pourquoi attendre que la parturiente soit à bout de forces, fatiguée, lassée, en état de moindre résistance à toute intervention ; pourquoi faire attendre au fœtus le secours qu'il demande et dont le tocsin d'alarme est représenté par les bruits fœtaux ?

Il semblerait qu'en laissant aller les événements à sa dernière limite, on comploté contre la vie fœtale.

En ce qui concerne l'intervention, nous estimons que tout médecin accoucheur doit être outillé et savoir faire une symphyséotomie comme nous l'indiquons plus loin.

Par rapport au milieu, voici comment il s'exprime :

« Ni la césarienne, ni la symphyséotomie ne sont des opérations tellement inoffensives qu'on ne doive pas attacher une grande importance à l'insuffisance du milieu, de l'entouragé, des auxiliaires, des soins consécutifs, etc. », et il ajoute que « la mortalité maternelle de la perforation est inférieure à celle des deux autres opérations ».

Procédons par ordre : d'abord les questions de milieu, d'entourage, d'auxiliaires sont des questions accessoires qui ne déterminent pas la valeur des opérations ; puis, il est une chose presque certaine, à savoir : que si un milieu quelconque, avec entourage et auxiliaires permet de faire une embryotomie sur le

vivant ou un forceps, il permet aussi de faire une symphyséotomie.

En ce qui touche la mortalité maternelle par embryotomie nous n'admettons pas qu'elle soit inférieure à celle des deux autres opérations. Et pour cela nous comptons avec les faits dont l'enseignement est toujours vivant. Dans les statistiques que nous insérons plus loin on relève pour les embryotomies sur l'enfant mort :

Mortalité maternelle de 11,5 %.

Embryotomies sur *l'enfant vivant* :

Mortalité maternelle de 14,28 %.

Même, en supposant que ces chiffres sont exagérés, que le nombre de cas n'est pas suffisant pour lever le bilan de la mortalité maternelle, il est un fait acquis que la perforation tant vantée n'est pas aussi bénigne qu'on l'a dit.

Le professeur allemand semble donner plus d'importance qu'il ne le faut à *l'entourage* et aux proches de la femme qui viendront supplier l'accoucheur de faire « tout son possible » pour sauver la mère.

Nous ne croyons pas qu'un accoucheur qui se respecte, aille chercher à ces sources l'inspiration de sa conduite. De plus, Léopold paraît se départir de ce principe : que toute parturiente qui accouchera d'un enfant vivant au moyen d'une opération sanglante, mourra infailliblement. Eh bien, c'est archi-faux, car sa pratique même est un enseignement précieux ; pour cent femmes traitées par la césarienne il y en a eu sept de mortes et quatre-vingt quatorze enfants vivants.

Quand la femme vient à mourir, dit Léopold, l'é-

poux perd sa femme, l'enfant sa mère, les parents leur fille (vérités de M. de la Palisse) et cette perte reste à jamais irréparable. » On pourrait à ce compte continuer la litanie en disant aussi que les amis perdent une amie, les voisins une voisine, l'humanité une femme. Et puis, une perte irréparable ? Est-ce dans ses fonctions de mère que réside son irréparabilité ; est-ce comme unité de vie ; est-ce par rapport à ses proches ?

Mais chez une mère la mort peut arriver à tout instant, elle est toujours irréparable. Comme unité de vie elle est aussi irréparable que celle d'un enfant et quand à ses proches il n'y a pas à tenir compte.

M. Charles, de Liège, a émis une opinion en parlant du professeur Pinard et à laquelle s'est rallié Léopold ; « il est facile, dit-il, d'édicter des ukases, il n'est pas aussi aisé de les appliquer. » M. Charles a l'humeur gaie et peut-être a-t-il voulu être railleur, ce dont il faudrait l'excuser. Il n'oublie qu'une chose et c'est qu'il y a des pays où ces ukasses s'appliquent : ces pays, ce sont les nombreuses maternités de Paris où Pinard et ses élèves dirigent les services.

En appui de sa thèse, l'accoucheur de Dresde cite une observation personnelle de Charles, ayant traité à une parturiente, primipare, qui avait un bassin plat rachitique, avec un conjugué vrai de 7 à 7 1/2 centimètres. « Cet accouchement, dit Léopold, qui se prolongea pendant trois jours (!) à cause des conditions défavorables du milieu dans lequel se trouvait la femme, fit que Charles, *s'abstint avec raison* de la symphyséotomie. et pratiqua la perforation sur l'enfant vivant et, *ainsi, sauva la mère* ». Sauver la mère ?

Mais elle était donc condamnée à mourir par la symphyséotomie ?

Symphyséotomie et mort sont donc synonymes ?

Pourtant les statistiques prouvent qu'une moyenne de 93 femmes sur 100 restent au moins vivantes.

Est-ce qu'une symphyséotomie ou une césarienne faite à temps voulu, n'aurait pas donné une mère et un enfant vivants ? On est tenté de se demander, si à Liège, une femme à bassin rétréci, ne pouvant pas accoucher spontanément est abandonnée systématiquement pendant trois jours de peur d'une symphyséotomie.

« Il en ressortirait, d'après Léopold, qu'il vaut mieux perforer que sectionner la symphyse ou ouvrir le ventre. » Nous pensons qu'avec des exemples comme celui-là on a la victoire trop facile.

Mais ce que nous constatons avec étonnement, c'est que le professeur de Dresde, après avoir affirmé plus haut que « tout accoucheur est appelé pour le salut de la mère et de l'enfant » et que « le but élevé à poursuivre étant de donner à la parturiente un enfant vivant, il estime que M. Pinard *dépasse le but*.

Il *dépasse le but*, tout simplement parce qu'il préconise un système qui tend à conserver l'enfant et la mère vivants. Ou M. Léopold se contredit ou nous ne comprenons rien.

L'auteur du rapport continue à établir une différence entre la pratique privée et la pratique publique (l'accouchement prématuré artificiel et l'embryotomie sur l'enfant vivant, seraient de la pratique privée), et nous, nous persistons dans la croyance qu'il n'y a qu'une façon de soigner les malades : c'est celle qui

résulte des indications tirées de la maladie et de l'état fonctionnel des organes. Nous ne voulons pas mêler le côté scientifique de la question avec les finasseries de la pratique, ce que l'on appelle quelquefois *l'art médical*.

Dans les bassins retrécis de 6 centimètres et au-dessous, le même auteur, trouve que : « forceps et version avec extraction immédiate, perforation et symphyséotomie sont très *difficiles* ou *contre-indiqués* et sont *avantageusement remplacés par la section césarienne dont l'indication est ici absolue et dont l'exécution* avec ou sans conservation de l'utérus, *s'impose dans ces conditions.* » Léopold trouve dans ce cas une *indication absolue* pour la césarienne ; mais que ferait-il dans un domicile « étroit, malpropre, d'un travailleur » alors que la perforation et la symphyséotomie sont contre-indiquées, selon sa propre expression ? Il ferait, donc tout de même, une césarienne, comme il avait fait dans le premier cas une perforation ?

Mais alors, le danger du milieu n'est donc pas supérieur pour une césarienne ou une symphyséotomie que pour une perforation ? Nous nous doutions de ça, mais quand on veut embryotomiser on fait appel aux arguments de milieu ou de circonstances.

Ainsi donc, il est entendu que le professeur de Dresde réserve l'embryotomie sur le vivant pour ses clients riches de la ville ; pour les pauvres qui vont tous à l'hôpital, il conseille la césarienne, la symphyséotomie n'étant pas de son gré. Avec une pareille pratique, l'éminent accoucheur, m'a l'air d'un *singulier* anarchiste. A part cela, nous contestons d'une

façon absolue ce chiffre de la mortalité par perforation variant de 0 à 1 p. %, tandis que les autres opérations conservatrices en auraient une au moins de 5 %. En effet, nous avons produit plus haut les statistiques de Baudelocque où la mortalité par embryotomie sur l'enfant mort est de 11, 5 p. % et que dans la symphyséotomie par exemple ne dépasse pas de ce chiffre. Elles ont pour nous une très grande importance, car elles prouvent que dans un même milieu, par des opérateurs également compétents et luttant dans toutes les circonstances, sans faire sélection pour les bonnes statistiques, l'embryotomie a une mortalité qui est au moins égale à celle de la symphyséotomie.

M. Léopold reconnaît que les souffrances de l'enfant, l'irrégularité de ses battements cardiaques, l'écoulement du méconium, les pulsations ralenties, le prolapsus du cordon chez une femme en travail d'expulsion tiennent pour cause la sténose pelvienne ; il reconnaît en plus qu'un enfant peut être amené vivant alors qu'il était en voie de succomber. Nous nous demandons, dans ces conditions, pourquoi on n'interviendrait pas en temps, alors que l'enfant ne souffre pas ou qu'il commence seulement à donner l'alarme. Opérant à ce moment là on a pour l'enfant toutes les probabilités de la vie et la mère n'étant pas encore trop fatiguée, épuisée par le long effort du travail et de la douleur aurait toutes les chances de résister au *shock* opératoire et de sortir bien de l'épreuve.

Si d'un autre côté nous considérons la mortalité par symphyséotomie et par césarienne et tenant compte que ces opérations sont faites dans tous les cas,

même les plus désespérés, nous arrivons à ce fait, que les deux opérations conservatrices faites dans des meilleures circonstances par rapport à la mère et au fœtus sont, en elle-mêmes, aussi favorables, (puisque l'embryotomie est réputée bénigne) que la mutilation du fœtus vivant.

Si nous avons analysé en détail le rapport de Léopold, c'est parce qu'il résume dans ses grands traits l'opinion des accoucheurs dont l'obstétricie a pour assises l'intérêt exclusif de la mère.

Mais il y avait d'autres rapports.

Voici, d'abord Pestalozza qui trouve contre-indiquée la symphyséotomie chez les primipares, mais qui, cependant fait « une exception particulière pour les primipares âgées chez lesquelles la *valeur de la vie fœtale doit être estimée plus haut* que chez les femmes jeunes ». Pourquoi donc l'enfant d'une femme un peu âgée, vaudrait-il plus que celui d'une autre plus jeune ? Pourquoi cette vie serait-elle plus précieuse que l'autre.

Nous avons vu dans le rapport antérieur la même façon d'envisager les faits ; nous n'y reviendrons pas.

M. Pestalozza, tout comme Léopold, perfore les enfants en ville, alors qu'il réserve les bienfaits de la symphyséotomie et de l'opération césarienne, aux femmes hospitalisées dans les maternités.

Mais moins crânement que le professeur de Dresde, Pestalozza a « l'habitude de faire quelque essai prudent d'extraction, qui, s'il n'est pas couronné par le succès, *dégage la responsabilité de l'opérateur, et, en plaçant le fœtus dans des conditions de souffrance, justifie de suite l'embryotomie* » (Bar). Voilà

comment on cherche des détours à la conscience, voilà ce qu'on appelle accomplir son devoir. On a tellement conscience que tuer un enfant vivant, en pleine santé, est un acte écœurant et indigne qu'on le place exprès dans des conditions de souffrances *pour justifier l'embryotomie !*

Dans le rapport de Barnes (de Londres), nous constatons d'abord, que pour lui la symphyséotomie est une opération détestable à cause de sa mortalité (il cite des statistiques *avant 1860 !*) et par conséquent à abandonner, donne une large place à l'accouchement prématuré artificiel, mais il tient surtout à l'opération césarienne qui serait « une opération scientifique ».

Il faut dire que M. Barnes, considère « la perforation d'un enfant vivant, comme indigné de la haute position que l'obstétrique moderne doit avoir ».

Ce qui domine tout ce débat, est, comme l'a si bien dit M. Bar, « l'expression de deux doctrines rivales » : l'une qui a pour base le respect de la vie de l'enfant au même titre que celle de la mère et qui préconise une thérapeutique de sauvegarde pour les deux, telle est la doctrine de Pinard et son école ; l'autre qui a pour base essentielle le respect des intérêts maternels, le soin exclusif et égoïste de la santé de la femme, sacrifiant de parti pris ceux de l'enfant, telle est la doctrine ancienne qui a compté dans ses rangs Cazeaux, Tarnier, Léopold, Pestalozza et tant d'autres.

C'est la lutte du passé et de l'avenir. Le vieux maître qui est le temps dira un jour sa sentence.

Opinions de divers accoucheurs.

Lors du Congrès de la Société obstétricale de France tenu à Paris du 6 au 9 avril 1899, la discussion se porta sur la thérapeutique des bassins rétrécis. Afin de mieux connaître l'état d'esprit dans les différents milieux, nous allons cueillir dans le compte rendu officiel, quelques-unes des déclarations doctrinales qui ont fixé particulièrement notre attention.

En voici une, d'abord :

« Si on veut comparer entre elles la symphyséotomie et l'opération césarienne, il me semble qu'une autre remarque doit être faite, on ne devrait pas compter cent opérations césariennes et cent symphyséotomies, *mais en réalité cent opérations césariennes et cent femmes* chez lesquelles on se propose de faire la symphyséotomie ». Jusqu'ici on comparaît des choses comparables, voilà maintenant qu'on compare une opération avec une femme et on tire comme conséquence que l'opération césarienne doit être préférée à la symphyséotomie.

Voici les déclarations d'un professeur de province :
« Dans les cas douteux, je n'oserais pas, pour ma part, proposer la symphyséotomie à une femme, surtout si elle a subi déjà des opérations. Je la propose quelquefois, elle est généralement refusée et *je n'in-*

siste pas, car j'ai eu un décès et cet « accident » m'a rendu timide... Cette opération me fait peur et je n'ai pas peur de faire une hystérectomie abdominale. »

Bien que tout commentaire affaiblisse la portée de ces déclarations, on ne peut pas s'empêcher de remarquer qu'un *décès*, par suite d'opération, ou le manque de courage d'un praticien, n'est pas précisément une contre-indication sérieuse pour une opération qui a déjà fait ses preuves. Et à la suite : « On fait généralement l'opération césarienne dans des mauvaises conditions. Si on la faisait *quand elle doit être faite*, ses résultats seraient encore meilleurs. »

Mais est-ce qu'on ne pourrait pas dire la même chose, et à plus forte raison, de la symphyséotomie ?

On doit se rappeler, dit le même professeur, « qu'il doit y avoir *subordination* de la vie de l'enfant à celle de la mère et à sa volonté. La plus vulgaire des prostituées est maîtresse de sa vie autant que le premier professeur d'obstétrique qui, en la circonstance, est le summum de la dignité humaine ! » *Subordination* de la vie de l'enfant à la volonté de la mère : c'est le droit de vie et de mort en plein.

D'un autre côté, personne, que je sache, conteste que la plus vulgaire des prostituées soit maîtresse de sa vie, à moins que, une opération telle que la symphyséotomie soit l'échafaud des parturientes.

Et le professeur en question « redeviens ainsi, embryotomiste de plus en plus. » En réalité, c'est une thérapeutique simpliste : embryotomie dans tous les cas de dystocie.

On ne peut pas l'accuser de manquer de logique, car, ne disait-il pas l'autre fois que l'enfant était un

devenir, un rien... ? Alors, pourquoi pas le perforer ?

Un autre professeur de Liège, qui tient beaucoup à l'embryotomie sur le vivant, à l'accouchement prématuré et à l'opération césarienne, n'est pas tendre non plus pour la symphyséotomie. Dans sa statistique personnelle, sur 15 femmes symphyséotomisées, il a eu *trois* de mortes. Et chose curieuse toutes trois sont mortes de septicémie, d'infection puerpérale. On sait ce que cela veut dire, ce qui n'empêche qu'on accuse l'opération elle-même d'être la cause de cette mortalité.

Cet accoucheur, est le même qui, dans un discours prononcé au Congrès d'Amsterdam évalua à trois nouveau-nés la vie d'une femme adulte, mais ce qu'il ne nous dit pas, à l'occasion, c'est la mesure de cette équivalence.

Faut-il que nous ayions pour évaluer la vie humaine un étalon comme pour le système métrique ?

On arriverait, peut-être, par là à ce résultat que la vie d'un vieux, d'un gros, d'un riche vaudrait plus que la vie d'un jeune, d'un maigre ou d'un pauvre.

Dans l'état actuel de la science et dans l'état intellectuel de la société moderne nous ne croyons pas que ces idées puissent avoir cours.

Quel est donc ce système philosophique qui compense la vie d'un adulte par celle de trois enfants ? Serait-ce la production qui triple la valeur de l'adulte ? Et alors quoi dire des vieux, des malades, des infirmes ?

Si nous avons tenu à signaler ces opinions c'est afin de bien faire voir qu'il y a des milieux savants où

on accepte la tradition des vieux maîtres, sans libre examen, où les préjugés sont article de foi.

Nous aussi, nous respectons le passé, mais dans ce qu'il a de bon, dans ce qu'il a de raisonnable, car avant tout il faut que la vérité des faits se fasse jour.

Nous ne comprenons pas qu'on envisage les choses au même point de vue qu'il y a 30 ou 40 ans, car à ce moment les maîtres ne se trouvaient pas dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

Sans parler de l'antisepsie, quel progrès n'a-t-on pas fait au point de vue de l'étude anatomique du bassin et de l'étude clinique des viciations pelviennes? Ceux-là même qui alors préconisaient telle et telle conduite, seraient aujourd'hui amenés à conseiller une autre, quand certains de leurs élèves continuent l'enseignement des vieux temps. Je ne veux pour preuve de l'évolution obstétricale, que cette déclaration de Cazeaux : « Je ne repousse pas, d'une manière absolue l'opération césarienne, il est certain que si l'on *venait à améliorer* les conditions dans lesquelles on la pratique, elle devrait être préférée » (à l'embryotomie).

Des opérations conservatrices.

OPÉRATION CÉSARIENNE ET SYMPHYSÉOTOMIE

Dès le début du XIX^e siècle la dystocie pelvienne commençait à être séparée des autres; « le bassin normal était mieux connu; le bassin vicié commençait à l'être » (Bar). Faute de connaissances anatomiques complètes, l'indication des interventions était insuffisante et celles-ci désastreuses.

Les opérations pratiquées étaient les suivantes : l'embryotomie, la version et le forceps, l'accouchement provoqué, l'opération césarienne et la symphyséotomie.

Exception faite de l'embryotomie, toutes ces opérations ont pour but la conservation de l'enfant et le salut de la mère.

Antérieurement, nous avons analysé dans le rapport célèbre de Cazeaux, présenté à l'Académie de Médecine dans sa séance du 10 février 1852, les questions qui à l'époque soulevaient les plus ardentes controverses à savoir : l'avortement provoqué, l'accouchement prématuré, l'embryotomie sur l'enfant vivant et l'opération césarienne.

Quoique nous n'ayions en vue que le cas d'une femme arrivée à terme de sa grossesse, nous voulons

dire quelques mots de l'accouchement provoqué, tant prôné encore à l'heure actuelle par certains accoucheurs.

L'accouchement provoqué artificiel est le premier jalon dans l'évolution de la thérapeutique conservatrice des viciations pelviennes. Il était tout indiqué alors que la femme était examinée à temps et que toutes les autres opérations praticables tendaient à détruire l'enfant (embryotomies) ou compromettaient gravement la vie de la mère et même celle de l'enfant (césarienne avant l'antisepsie). A ce moment-là il était indiqué, malgré ses inconvénients, c'est-à-dire le manque de connaissance absolue de l'âge de la grossesse, la moindre résistance de l'enfant aux traumatismes, son développement anormal et surtout cette prédisposition résultant de sa faiblesse, de son état chétif, à glaner toutes les maladies. Entre l'acte positif (embryotomie) et le résultat médiocre de l'accouchement provoqué, il était logique d'adopter celui-ci. « Aujourd'hui, heureusement, cette impuissance a disparu » (Pinard).

De plus, voici quelques chiffres qui sont plus éloquents que tous les discours et qui prouvent que cette opération qui rend à la société tant de débiles et d'incapables accuse dans un laps de temps assez court, entre l'accouchement et la sortie de la mère de l'hôpital, une mortalité effrayante :

Voici d'abord la statistique du professeur Pinard :

Sur 100 observations d'*accouchement provoqué* tant à la Maternité de Lariboisière, comme à la clinique de Baudelocque, de 1883 à 1891, on relève :

a) 25 enfants morts pendant le travail ou avant la sortie de la Clinique.'

b) 8 enfants morts par des opérations rendues nécessaires au cours du travail (application de forceps au détroit supérieur basiotripsies).

Ce qui fait un total de mortalité infantile de 33 %.

La mortalité maternelle s'est élevée à 1 %.

Nous reproduisons *grosso modo* les statistiques suivantes :

C. Braun, mortalité des enfants. . . .	36 %
Ahlfeld — —	37 %
Léopold — —	33 %

La mortalité maternelle est pour Léopold de 2,2 %, tandis que pour Ahlfeld est à peine de 1 p. 111.

Dans une dernière statistique que M. Bar vient de publier, on compte une mortalité infantile de 19 %, mais il faut dire que dans bon nombre de cas des enfants sont partis en nourrice sans qu'on sache ce qu'ils sont devenus, et que l'éminent accoucheur de St-Antoine provoque les accouchements tardivement et quelquefois dans des cas, comme lui-même le fait prévoir, où les femmes pourraient accoucher spontanément. Voilà pour l'accouchement prématuré et nous croyons que M. Pinard l'a rejeté de sa pratique actuelle avec raison.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

L'on connaît l'histoire de l'opération *césarienne*. Pratiquée chez les Romains sur la femme morte en état de grossesse, selon une loi de Numa Pompilius,

son étymologie est encore un peu obscure. Pour les uns, « plusieurs Césars auraient vécu grâce à cette opération, de là le nom de *Césarienne* », pour les autres son origine viendrait du verbe latin *cædere* (couper).

La première opération sur la femme vivante fut pratiquée, paraît-il, par un chatreur de porcs de Siegersheusen (Thurgovie) appelé Jacques Nufer, sur sa femme Elisabeth Alespach en 1500.

François Rousset, lithotomiste habile y eut recours assez souvent et vers 1581 publia le résultat de ses opérations dans son traité d'*Hystérotomotokie*. Malgré l'anathème d'Ambroise Paré, l'opération fit du chemin à cette époque pour retomber peu après dans l'ombre. Puis vint le dix-huitième siècle où l'ardeur césarienne se réveilla sous les auspices de Simon, Lauverjat et de Baudelocque à l'occasion de la symphyséotomie qui était mise en honneur par Sigault. Vers le milieu du dix-neuvième siècle nous avons vu comment l'opération césarienne était pratiquée. A ce moment la technique opératoire avait fait des progrès remarquables, mais ce fut en 1876 que la section utérine entra dans une nouvelle phase avec Porro de Pavie. Les résultats opératoires obtenus vers 1852 accusaient une mortalité de 75 %, « et à Paris depuis 50 ans on ne pouvait citer un cas heureux, et à Londres sur 25 malheureuses livrées au couteau césarien, une seule a été sauvée. »

Nous voulons montrer avec quelques chiffres statistiques que la question a changé depuis l'antisepsie et surtout depuis que la technique opératoire a pu être mieux réglée et simplifiée.

Afin de mieux apprécier les résultats obtenus dans

ces dernières années, nous produisons intégralement la statistique de différents opérateurs.

Voici le tableau qui les résume, et qui est emprunté à Bar :

AUTEURS	NOMBRE de cas	FEMMES MORTES	MORTALITÉ maternelle	ENFANTS MORTS	MORTALITÉ infantile
Léopold.....	76	7	9,21 %	5	6,57 %
Reynolds.....	22	0	0	0	0
Pasquali.....	9	1	11,11 %	?	?
Olshausen.....	29	2	6,89 %	3	10,34 %
Zweifeld.....	14	0	0	1	7,14 %
Charles.....	10	0	0	0	0
Bar.....	14	1	7,14 %	0	0
TOTAL.....	174	11	6, 14 %	9	5,45 %

Nous n'entrerons pas dans les indications de la césarienne ni dans les détails de sa technique, parce que surtout les premières varient quelque peu avec les auteurs ; nous retenons simplement les résultats « en bloc » pour pouvoir comparer.

La symphyséotomie.

Depuis le 7 décembre 1891, date à laquelle le professeur Pinard fit sa première leçon sur la symphyséotomie, on a assisté à la renaissance de cette opération.

Pratiquée pour la première fois par Sigault, étudiant en chirurgie, sur la femme Souchet, le 30 septembre 1777, avec un complet succès, on se prit vite d'enthousiasme, essayant à tort et à travers la nouvelle opération. « Dans les trois opérations suivantes faites par Sigault, les trois enfants moururent ; dans la cinquième la mère et l'enfant succombèrent. » L'Académie de chirurgie accueillit mal ces travaux, tandis que la Faculté de médecine fit graver en son honneur une médaille. De là les controverses entre symphysiens et césariens dont Baudelocque se fit un des champions.

La symphyséotomie ainsi lancée par un homme « sans autorité » obtint des nombreux revers et fut dans la suite un peu délaissée. Au commencement de ce siècle, c'est à peine si quelques accoucheurs l'acceptent théoriquement et ceux-ci ne la pratiquent jamais.

Finalement, la symphyséotomie s'était réfugiée en Italie et surtout à l'école de Naples où grâce à la persévérante volonté de Morisani elle continuait à rendre ses bienfaits.

En 1891 Morisani, dépêcha à Paris, son ancien assistant, le docteur Spinelli, qui apporta à Pinard les résultats obtenus par son maître et lui montra la technique suivie.

On sait ce qui advint : le 7 décembre 1891 « la voix autorisée du professeur Pinard, porta comme une trompette éclatante, la bonne nouvelle aux quatre coins du globe ».

Partout, tant en France qu'à l'étranger, l'opération de Sigault fut pratiquée.

Les résultats ne furent pas toujours très brillants, car à côté de très bons, on signala des accidents, des succès.

Il faut dire, une fois pour toutes, que ces résultats divers tenaient à la technique opératoire. Nombre d'accoucheurs ne voulant pas approfondir la question, se souciant peu de leur insuffisance pour l'opération, n'écoutant pas, d'abord, les sages recommandations de M. Pinard et plus tard de MM. Farabeuf et Varnier, pratiquaient l'opération au petit bonheur, l'abandonnant au premier échec.

Après leur premier enthousiasme plusieurs praticiens sont revenus à leurs anciens errements et ont même déclaré une guerre acharnée à la symphyséotomie.

Le chef de Baudelocque, sans se décourager un moment, continua l'étude clinique de l'opération ainsi que Farabeuf et Varnier l'avaient déjà fait pour la partie anatomique, et on a pu voir au Congrès de Moscou, dans le brillant rapport de son élève, le résultat d'une pratique de six ans dans une clinique comme la sienne

A l'heure actuelle on peut considérer les accoucheurs divisés en deux camps : ceux qui pratiquent d'une façon quelconque la symphyséotomie et ceux qui ne la pratiquent pas.

Parmi les premiers, on peut citer : Léopold, Zweifel en Allemagne, Morisani, Novi, Corradi en Italie, Bar et toute l'école de Pinard à Paris. Parmi les seconds il y a Barnes et quelques accoucheurs de Paris.

Les symphyséotomistes ne sont pas tous d'accord sur les indications de l'opération et leur façon d'agir varie suivant qu'ils ont des préférences pour la césarienne ou l'embryotomie, ou que, à la suite de Pinard on réserve une large place à l'agrandissement momentané du bassin dans les cas de dystocie.

On a voulu faire un épouvantail pour les mères, de cette opération que, quoi qu'on en dise, a fait ses preuves et qui, à la fois utile, et sans gravité est d'une facile exécution.

Telle qu'elle a été réglée par Farabeuf, la technique est fort simple, mais nous ne la décrirons pas, renvoyant au rapport présenté au congrès de Rome par M. Pinard, sur l'agrandissement momentané du bassin (*Annales de Gynécologie*, mai-juin 1894) (1).

On a reproché à l'opération modifiée de Sigault des nombreux accidents qui peuvent être : ou immédiats ou éloignés. Les premiers sont presque toujours de la faute de l'opérateur ou de la méthode suivie, les autres, seuls à considérer, n'ont pas l'importance qu'on a voulu leur accorder. On s'est demandé pourquoi cer-

(1) On peut lire aussi la description dans l'Obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage.

taines statistiques produites dans ces derniers temps étaient moins favorables qu'au début, tant au point de vue maternel qu'infantile.

Déjà en 1896 M. Pinard avait observé que « l'intervention a d'autant plus de chances d'être suivie de succès complet qu'elle est pratiquée chez une femme dont la période de dilataction a été rapide » ; c'est-à-dire chez une femme qui ne s'est pas épuisée dans de vains efforts, qui n'est pas à bout de ses forces, intoxiquée par les produits de son travail musculaire, une femme qui est dans de bonnes conditions pour résister à une opération et qui de plus n'a pas eu le temps d'être infectée par de nombreux touchers (?). Aujourd'hui, instruits par l'expérience qui prouve que certaines femmes, même avec un rétrécissement considérable (surtout les primipares) finissent par accoucher spontanément après un travail plus ou moins laborieux, quelques accoucheurs, caressant cet espoir, laissent souvent des femmes s'épuiser de fatigue et n'interviennent qu'au dernier moment comme *ultima ratio*, alors que mère et fœtus ne sont plus dans des bonnes conditions de résistance. Nous croyons que cette expectative à outrance est plutôt nuisible dans nombre de cas.

Nous voulons par l'exposé de quelques statistiques récentes, montrer la mortalité tant maternelle qu'infantile due à la symphyséotomie.

Voici le tableau que nous avons formé :

AUTEURS	NOMBRE de cas	FEMMES MORTES	MORTALITÉ maternelle	ENFANTS MORTS	MORTALITÉ infantile
Pinard.....	100	12	12 %	13	13 %
Zweifel.....	31	0	0	2	6,45 %
Kustner.....	7	0	0	0	0
Bar.....	23	0	0	0	0
TOTAL.....	161	12	12 %	15	9.3 %

On peut se demander pourquoi la statistique de Pinard est la seule qui accuse une mortalité maternelle et infantile si élevée. La raison est simple : à la clinique Baudelocque on a lutté dans toutes les circonstances sans se préoccuper de faire un bon choix pour obtenir des bons résultats; c'est-à-dire qu'on opérail quand on devait le faire. En outre, comme on n'y pratique plus, ni le forceps au détroit supérieur, ni l'embryotomie sur l'enfant vivant, ni l'accouchement provoqué, toute la mortalité des autres opérations s'est rapportée sur la symphyséotomie.

Maintenant que nous avons passé en revue les opérations conservatrices les plus employées (opération césarienne et symphyséotomie) et que nous connaissons des chiffres statistiques qui révèlent la mortalité maternelle et infantile, il est bon de les comparer aux chiffres suivants qui sont sur le compte de *l'embryotomie* :

Sur 81 embryotomies faites à la Clinique Baudelocque sur des enfants morts, de 1892-1899, il y eut :

Femmes guéries	72
— mortes	9
Mortalité p. %	11.5

Voici une autre série de cas faits *sur l'enfant vivant* à la maternité de Prague qui est sous la direction de Rosthorn (1891-1895) :

Sur 7 embryotomies on compte :

Femmes guéries	6
— mortes	1
Mortalité p. %	14.28 %

Si nous n'avions que des raisons de comptabilité pour proscrire l'embryotomie sur l'enfant vivant, elles seraient plus que suffisantes comme on a pu s'en apercevoir, mais en plus des faits matériels qui mettent en relief les ressources obstétricales, il y a la question déontologique qui, dans l'état actuel, doit primer toutes les autres : l'infanticide ne doit plus être une arme thérapeutique.

Les belles paroles que prononça jadis Malgaigne sont plus que jamais de mise : « Vérité dans la science, moralité dans l'art ».

CONCLUSIONS

I. La fécondation engage la responsabilité de ses générateurs.

II. Les parents n'ont pas le droit de mort sur leur enfant.

III Aucun médecin n'a le droit de tuer.

IV L'embryotomie sur l'enfant vivant doit être proscrite de la pratique obstétricale.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PINARD.

Vu : LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- A CCARIAS (C.). — Précis de droit romain, 4^{me} édition, Paris, 1886.
- AUVARD. — Thérapeutique obstétricale, 2^{me} édition, 1899, Paris.
- BARNES (F.). — Rapport au Congrès d'Amsterdam, in *Presse médicale*, 1899.
- BAR. (Paul). — Leçons de pathologie obstétricale, Paris, 1900.
- BAR. — Recherches expérimentales et cliniques pour servir à l'histoire de l'embryotomie céphalique, Paris, 1890,
- BÉGIN. — *Bull. de l'Académie de médecine* (1851-1852).
- BILCESCO (M^{lle}). — De la condition légale de la mère en droit romain, Paris, 1890.
- CAZEAUX. — Rapport à l'Académie de médecine. *Bull. de l'Acad. de méd.*, tome xvii (1851-1852).
- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 10^e édition, Paris, 1883.
- CUBAIN (R.). — Etudes sur le droit romain. Les lois civiles de Rome, Paris, 1876.
- CHARENCEY. — Mélange de philosophie et de paléographie américaines.
- CHARLES. — Rapport au Congrès d'Amsterdam, in *Presse médicale*, 1899.

- DOMENGET (M.-L.). — *Institutes de Gaius*. Paris, 1866.
- DUBOIS (P.). — *Bull. de l'Acad. de médecine* (1851-1852).
- DABRY DE THIERSANT. — De l'origine des Indiens du nouveau monde et de leur civilisation, Paris, 1886.
- ENGELMENT (D^r G.-J.). — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs, Paris, 1886.
- FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'Etude clinique et à la pratique des accouchements, Paris, 1891.
- GARNIER et DELAMARE. — Dictionnaire des termes techniques de médecine, 1900.
- HUBERT (L.-G.). — Cours d'accouchement, Louvain, 1869, p. 64.
- HERGOTT (F.-J.). — Traduction d'un Essai d'une histoire de l'obstétricie, par Ed. Gasp. Jac de Siebold, avec appendice du traducteur, Paris, 1893.
- HUMBOLDT (baron de). — Histoire de la géographie du Nouveau Continent, Paris, 1836-1839.
- HUMBOLDT et BOMPLAND. — Voyage au Nouveau Continent (1799-1804), Paris, 1816-1831.
- LAUVERJAT. — De l'opération césarienne, Paris, 1788.
- LÉOPOLD. — Rapport au Congrès d'Amsterdam, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (octobre 1899).
- LEVRET (A.). — Essai sur les abus des règles générales et contre les préjugés... dans l'art des accouchements, Paris, 1766.
- LITRÉ. — *Dictionnaire de médecine*, Paris, 1898.
- LITZMAN (Th.). — L'accouchement dans les rétrécissements du bassin, trad. par Thomasset, Lyon, 1889.
- NÉGÈLE et GRENSER. — Traité pratique de l'art des accouchements, trad. de l'allemand, par A. Aubenas, 2^{me} édition, Paris, 1880.
- NÉGÈLE. — *Disseritur jure vitæ et necis quod competit medico in partu* (8 nov. 1826, Heidelberg), cité par Pinard.

- OLSHAUSEN. — De l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelviens. (Congrès de Moscou, rapport.).
- PARÉ (Ambroise). — De la génération. Livre XXIV, Paris, 1585.
- PESTALOZZA. — Rapport au Congrès d'Amsterdam, in *Presse médicale*, 1899.
- PINARD (A.). — Leçons de Clinique obstétricale, Paris, 1899.
- PINARD (A.). — Du soi-disant fœticide thérapeutique. Leçon de réouverture faite à la clinique Baudelocque, le lundi 6 nov. 1898, in *Revue pratique d'obstétrique et pædiatrie*, n° de janvier 1900.
- PINARD. — Rapport lu au Congrès International des Sciences médicales tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894, sur l'agrandissement momentané du bassin, in *Annales de gynécologie*, mai-juin, 1894.
- PINARD. — Rapport au Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique d'Amsterdam, sur l'indication de l'opération césarienne, considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel, in *An. de Gynécologie*, août, sept, 1899.
- PINARD. — De l'avortement provoqué ou avortement thérapeutique. Communication faite au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Marseille, in *An. de Gyn.*, janvier, 1899.
- POTOCKI. — Des méthodes d'embryotomie. Des instruments destinés à pratiquer l'embryotomie rachidienne et en particulier de l'embryotome du prof. Tarnier, *Th.*, Paris, 1898.
- RAFFOUR (L.). — La médecine chez les Mexicains précolombiens. *Thèse*, Paris, 1900.
- RAMBAUD (P.). — Explication élémentaire du droit romain 1893.
- RIVIER (A.). — Précis du droit de famille romain.

- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. -- Précis d'Obstétrique, Paris, 1900.
- ROUSSET. — De l'enfantement césarien, Paris, 1581.
- SNEGUIREFF. Discours à l'ouverture du Congrès de Moscou, in *An. de Gyn.* sept. 1897.
- TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements (1886-1898).
- VALENCY (J.-L.). — De l'accouchement spontané dans les bassins rétrécis rachitiques. Etude clinique, statistique et pronostic. *Thèse.* Paris, 1900.
- VARNIER (H.). — Obstétrique journalière Paris, 1900.
- VARNIER. — Rapport au Congrès de Moscou sur la symphyséotomie, in *Annales de Gynécologie*, sept. 1897.
- WITKOWSKI (G.-J.). — Histoire des accouchements chez tous les peuples, Paris, 1891.
-

TABLE DES MATIÈRES

1 ^o INTRODUCTION.....	5
2 ^o De l'embryotomie.....	10
3 ^o Les droits du père sur l'enfant (HISTORIQUE).....	13
4 ^o Les droits et devoirs de la mère sur l'enfant.....	17
5 ^o Droits et devoirs du médecin par rapport à la femme et à l'enfant.....	24
6 ^o Droits supposés d'autres personnes. Légendes.....	27
7 ^o Le rapport Cazeaux à l'Académie de médecine. <i>Séance du 10 février 1852 et suivantes</i>	31
8 ^o Rapports au Congrès d'Amsterdam (Août 1899)....	40
9 ^o Opinions de divers accoucheurs.....	50
10 ^o Des opérations conservatrices : Opérations césarienne et symphyséotomie.....	54
11 ^o Conclusions.....	65



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
